

sont vives, les forces sont revenues. Comment doit-on se comporter, en prévision des récidives auxquelles elle est exposée ?

C'est à ce moment qu'on se préoccupera de tous les procédés capables de consolider la constitution et de parfaire une évolution organique encore incomplète. On s'adressera dans ce but à l'hydrothérapie, à la gymnastique, aux exercices en plein air, tout en surveillant avec soin le régime, surtout si la chlorose a revêtu la forme dyspeptique. Mais dans l'emploi de ces moyens, il faudra toujours user de modération.

La chlorotique reste souvent pendant longtemps délicate, peu résistante, ou arrive très aisément à la surmener. On doit donc éviter de lui faire subir de véritables fatigues. Les stimulants trop énergiques ne lui conviennent pas, et c'est peut-être pour cette raison que le séjour au bord de la mer et les bains de mer produisent souvent des rechutes.—*Bulletin médical.*

Nouvelle théorie du diabète, par R. LÉPINE.—Les diverses théories du diabète peuvent, en somme, se réduire à deux : dans la première, qui est défendue actuellement par M. le professeur Bouchard, on admet que le glucose du sang n'est pas consommé en quantité aussi grande qu'à l'état normal, et le refroidissement accusé par les diabétiques semble bien prouver qu'il en est réellement ainsi. Dans la seconde, on suppose que l'excès du glucose du sang tient, ou bien à un apport exagéré du sucre venu des aliments (c'est le cas du diabète alimentaire, qui disparaît en modifiant simplement l'alimentation),—ou bien à une production surabondante de sucre hépatique. C'est ainsi qu'on explique actuellement le diabète nerveux,—et le succès en pareil cas de l'opium et de l'antipyrine, qui sont des modérateurs, vient à l'appui de cette manière de voir. On ne comprend pas, en effet, que ces médicaments puissent agir en augmentant la destruction du sucre.

Chacune de ces deux théories paraît donc renfermer une part de vérité, mais elles semblent insuffisantes, et elles n'expliquent pas au premier abord tous les diabètes, par exemple le diabète pancréatique.

Cette espèce de diabète, dont on doit la découverte clinique surtout à M. Lancerœaux, est bien réelle : dans presque tous les cas d'atrophie complète du pancréas, on a, quand on l'a cherchée, constaté l'existence d'une quantité plus ou moins grande de sucre dans l'urine, et, cette année, MM. Mering et Minkowski ont montré que l'ablation complète du pancréas chez le chien est également suivie d'un diabète plus ou moins intense. Si on a conservé un fragment de pancréas, alors même qu'il est privé de conduit excréteur, et qu'il paraît sans connexion nerveuse avec le plexus solaire, le diabète fait défaut.

Cette particularité montre que le diabète pancréatique ne tient pas au non écoulement du suc pancréatique dans l'intestin. Com-